LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Hygiène : Les stations d'eaux minérales étrangères au point de vue des installations, 209. — **Clinique chirurgicale** : Incident chloroformique survenu pendant une opération de lithotritie, 211. — **Bibliographie** : Traité de chirurgie clinique et opératoire, 212. — Recherches sur l'activité de la diastole ventriculaire, 212. — **Revue de la presse** : Les Eunuques Egyptiens, 214. — Le citron comme pessaire, 215. — **Académie des sciences** : *Séance du 23 mars* 1896 — Présidence de M. A. Cornu, 216. — Application des rayons X au diagnostic des maladies chirurgicales, 216. — Application chirurgicale des photographies de Rœntgen, 216. — Les rayons de Rœntgen dans l'œil, 217. — **Académie de médecine** : *Séance du 31 mars.* — Présidence de M. Hervieux, 217. — Photographie par les rayons Rœntgen, 217. — Appendicite, 217. — Elections, 217. — Eaux minérales, 217. — Contagion de la tuberculose, 217. — Prophylaxie du paludisme, 218 — **Société médicale des hôpitaux.** — *Séance du 27 mars* 1896. — Présidence de M. d'Heilly, 218. — Ictère grave dans un cas de cancer du foie, 218. — Anémie pernicieuse progressive et lésions de l'estomac, 219. — Aphasie urémique, 219 — Fièvre typhoïde. Ostéo-périostites multiples, 219. — Ostéite typhique, 219. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 28 mars.* — Présidence de M Ladreit de Lacharrière, 220. — Incident chloroformique survenu pendant une opération de lithotritie, 220. — Présentation d'une photographie de Rœntgen, 221. — Utilité du crachoir 2 2 — **Société de Chirurgie** : *Séance du 1er avril* 1896. — Présidence de M. Delens, 222. — Traitement de la tuberculose osseuse, 222 — Traitement des luxations congénitales de la hanche, 223. — Imperforation anale, abouchement vulvaire. Guérison par la transplantation rectale. Procédé de Nélaton père, 223. — Fracture sus-condylienne du fémur, traitée par l'appareil d'Hennequin, 223. — **Nouvelles**, 223.

HYGIÈNE

Les stations d'eaux minérales étrangères au point de vue des installations (1)

par M. le professeur Proust

Messieurs, vous savez que, chaque année, j'ai l'habitude, au commencement de mon cours, de consacrer une ou deux leçons à l'exposé des observations que j'ai pu recueillir dans mes excursions sanitaires.

J'ai pu visiter pendant l'été dernier quelques stations thermales étrangères, quelques sanatoria, et enfin, récemment, j'ai parcouru quelques-unes de nos stations sanitaires des bords de la Méditerranée.

Dans cette première leçon, je vous parlerai de quelques stations minérales de la Suisse, de l'Allemagne et de l'Autriche.

Ma première remarque, dont je dois tout d'abord vous faire part, est que nous sommes certainement beaucoup mieux favorisés que l'étranger sous le rapport de la qualité des eaux minérales.

Nos eaux, envisagées dans leur ensemble, et sauf quelques rares exceptions concernant les eaux chlorurées froides et très chargées d'acide carbonique, comme Marienbad et Hombourg, sont toutes infiniment supérieures à celle que l'on trouve au-delà de nos frontières.

Mais nous sommes en état marqué d'infériorité sous le rapport de l'*hygiène* et des *installations balnéaires*.

Examinons, par exemple, la Suisse.

A Baden d'Argovie, petite ville sur la Limmat, émissaire du lac de Zurich (*eaux hydrosulfurées calciques chaudes*), se trouve une installation présentant d'énormes avantages pour les baigneurs, surtout pour les rhumatisants qui, là comme ailleurs, forment la majeure partie de la clientèle thermale. Il existe plusieurs hôtels, et l'eau minérale est amenée au rez-de-chaussée ou au sous-sol de ces hôtels, de telle façon que les malades peuvent prendre leur bain sans sortir, et remonter dans leur chambre au moyen d'un ascenseur.

En dehors de cette facilité et de ces conditions avantageuses de la cure, ces établissements possèdent tout le confortable voulu pour les besoins de la vie et l'agrément du séjour.

Il serait bien à désirer que dans notre pays, si riche en sources, de pareilles installations fussent aménagées, chaque fois du moins que l'eau minérale peut être canalisée et amenée à l'endroit voulu sans perdre ses propriétés thérapeutiques.

De la Suisse, passons en Allemagne.

Nous trouvons dans le Grand Duché de Bade Baden-Baden, autrefois célèbre par ses jeux, par sa roulette, et qui, pour un certain monde très élégant, constituait un vrai paradis d'été, comme Monaco est un paradis d'hiver.

Mais lorsque les jeux furent supprimés par ordre supérieur, la ville menaçait de péricliter. Elle ne pouvait guère compter sur la valeur intrinséque de ses eaux qui sont chlorurées sodiques, mais très peu chlorurées, et dont l'action est à peu près nulle.

Aussi, pour retenir le courant de baigneurs et d'étrangers qui, après la suppression de sa principale attraction, menaçait de l'abandonner, cette station s'imposa-t-elle des sacrifices énormes.

(1) Leçon d'ouverture recueillie par le Dr Depierris (de Gauterets.)

Il existe aujourd'hui deux établissements balnéaires très beaux, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes.

Ces établissements renferment : Des bains ordinaires ; des bains d'air chaud ; des bains de vapeur ; des piscines avec de l'eau à température progressivement croissante et décroissante ;

Des baignoires, installées avec grand luxe, contiennent dans leur fond du sable du Mein. Il n'y manque même pas les vagues ponr que l'illusion soit complète.

Comme hygiène générale de la ville, on construit en ce moment le tout à l'égout, qui sera terminé dans deux ans.

Hombourg est une station pour ainsi dire anglaise. Ce ne sont guère que des Anglais qui y fréquentent. On y parle anglais partout, et on dirait une colonie dépendant du Royaume Uni.

Ce sont des eaux *chlorurées sodiques gazeuses*.

L'hygiène laisse là fort à désirer. Tout le monde boit dans les verres de l'Etablissement et le lavage est défectueux.

Il n'existe pas de canalisations pour les détritus de la vie ; ce sont des fosses fixes qui servent à cet usage, et encore sont-elles mal installées.

On n'a que de l'eau de puits, et elle est mauvaise.

Wiesbaden possède des eaux *chlorurées sodiques chaudes*. C'est une ville de 55,000 habitants, située sur le versant méridional du Taunus.

Tout le traitement thermal se passe à peu près dans les hôtels, comme à Baden d'Argovie.

On ne peut se faire une idée en France de l'argent que dépensent nos voisins pour augmenter la valeur de leurs stations minérales. On a construit à Wiesbaden un hôtel qui a coûté 4 millions et demi. Dans l'établissement de bains dépendant de l'hôtel, les baignoires sont en faïence. Chaque cabine contient un salon et un closet. Il existe une piscine de 20 mètres de long sur 16 mètres de large. On y trouve les appareils de Waldenburg pour la gymnastique respiratoire par l'inspiration dans un air comprimé et l'expiration dans un air raréfié ; des appareils de pulvérisation entourés de cloisons, pour bien séparer les patients, et empêcher toute contagion ; des bains de boue ; des bains de vapeur ; des bains d'air chaud ; et enfin une vaste salle de gymnastique suédoise, comme il en existe, du reste, à peu près partout où la cure se fait dans des hôtels. C'est ordinairement l'étage placé immédiatement au-dessus des bains qui est consacré à cet usage.

Ems est une petite ville de 7,000 habitants sur la Lahn, affluent du Rhin.

Les eaux sont *bicarbonatées chlorurées chaudes*.

On y trouve une installation balnéaire très confortable partagée entre neuf établissements. Et comme, parfois, le côté comique se mêle aux choses les plus sérieuses, c'est dans cette station qu'on voit un aménagement tout spécial — très suggestif — pour le traitement de la stérilité. Le siége sur lequel la femme est placée pour prendre son injection vaginale repose sur trois pieds formés de statuettes, dont l'une représente la Foi, l'autre l'Espérance, et la troisième... l'Amour.

Une des stations les plus célébres de l'étranger est, sans contredit, Carlsbad en Autriche (Bohême). C'est une ville de 12,000 habitants située dans la gorge pittoresque de la Tepl, et environnée de magnifiques forêts.

Ce qui constitue la caractéristique de la cure de Carlsbad, c'est que les malades ne font guère que le repas du soir à l'Hôtel.

Ils prennent l'eau en boisson, à la dose de 3 ou 4 verres de 6 à 8 h. du matin. Après cela, chacun d'eux s'en va faire une promenade dans la forêt, où il trouve de distance en distance des chalets-restaurants, et où il fait à son gré une légère collation. Il revient prendre son bain vers 10 ou 11 heures, et repart pour faire son repas de midi tantôt d'un côté, tantôt d'un autre.

Lorsque le temps est mauvais, les baigneurs ont à leur disposition des colonnades superbes qui ne sont autre chose que des promenoirs couverts et très vastes.

La colonnade de Muhlbrunnen a 250 mètres de longueur. On se dispose à en construire une autre.

On vient d'installer un établissement de bain qu'on a nommé le *Kaiserbad* ou Bain de l'Empereur, qui a coûté trois millions.

On y trouve des bains de luxe, et des bains de première et de deuxième classe.

Dans le bain de luxe se trouvent deux salons somptueux, deux baignoires, l'une pour le bain de boue, l'autre pour l'eau propre, et un closet à tiret. Tous les ustensiles de toilette sont en vermeil.

Ce bain n'est pas à la portée de toutes les bourses ; il coûte près de 20 francs de notre monnaie.

Mais le bain de première classe beaucoup plus abordable, puisqu'il coûte environ 3 francs de notre monnaie, offre déjà un confortable qui ne laisse rien à désirer.

Chaque cabine contient, en effet, deux baignoires, un salon, un closet à tiret.

L'hygiène générale de Carsbad est bonne. Le tout à l'égout existe depuis deux ans.

On comprendra quelle doit être la vogue de cette station quand on saura que le terrain vaut 2,500 francs le mètre carré, à peu près le prix qu'on le paye au boulevard des Italiens.

Comment les municipalités peuvent-elles se procurer les fonds nécessaires pour ces aménagements grandioses ?

Elles y parviennent au moyen de deux taxes qui sont imposées à tout baigneur ou voyageur qui vient passer plus de huit jours à Carlsbad. Ces taxes sont :

1° La cure-taxe, ou taxe de la cure ;

2° La taxe de la musique.

Ces taxes varient selon la fortune, et on divise les baigneurs en quatre classes : riches, aisés, moins aisés, enfants et domestiques.

La première classe paye pour la cure-taxe 10 florins, la deuxième 6 florins, la troisième 4 florins; les enfants et domestiques payent 1 florin. Ces chiffres sont abaissés pour les familles nombreuses et proportionnellement au nombre de leurs membres.

La taxe de la musique est moins élevée, mais toujours proportionnée aux ressources de chacun. C'est un véritable impôt progressif.

Ces deux taxes ont produit l'année dernière environ 600,000 francs. On comprend qu'avec cela on puisse faire des améliorations.

A Marienbad on construit un établissement de bains comme à Carlsbad. Les eaux contiennent une grande quantité d'acide carbonique. Il existe un promenoir gigantesque, et à travers les forêts environnantes on a construit des routes carrossables et des promenades dont la longueur totale atteint 98 kilomètres. On trouve des chalets-restaurants disséminés dans la forêt, comme à Carlsbad, et les malades peuvent, quand le temps le permet, passer toute leur journée en excursions, certains de trouver de distance en distance, sur leurs pas, une table bien servie.

Ces eaux appartiennent à un ordre religieux qui emploie ses bénéfices à l'amélioration des installations balnéaires.

Gastein est un charmant village, à 900 mètres d'altitude, dans le massif des Alpes Noriques, célèbre par l'entrevue des deux empereurs d'Autriche et d'Allemagne.

Ses eaux sont des eaux thermales simples auxquelles on a attribué une action électrique sur les tissus. Toujours est-il que son installation thermale dans les hôtels est très confortable. Comme à Carlsbad et à Marienbad, on s'est préoccupé surtout de laisser aux malades leur liberté, de ne pas les astreindre au retour à l'heure pour la table d'hôte. Ils peuvent faire des promenades de 1 à 20 kilomètres, et par ci, par là, ils trouvent des chalets restaurants, de telle sorte qu'ils passent toute la journée hors de l'hôtel.

Pourquoi ne pourrait-on pas obtenir chez nous des installations analogues ?

Nous avons le principal, ce qu'on ne peut créer, c'est-à-dire les eaux, des eaux très variées dans leur composition chimique, merveilleusement actives, chacune dans la sphère de ses indications. Ce qui nous manque c'est ce qu'il est possible à l'homme de se procurer, c'est seulement l'agencement luxueux, en même temps que confortable et hygiénique. Aucun obstacle naturel ne s'opposerait à ce que cela existât chez nous comme à l'étranger.

Mais pour avoir ce confortable et ce luxe, il faut un budget et les stations ne peuvent pas avec leurs ressources normales faire face à ces dépenses.

Où trouver ce budget? On ne peut le demander qu'à la cure-taxe, ou au jeu.

J'ai souvent demandé qu'on prélevât sur les jeux un impôt qui servirait à l'amélioration de la station thermale où ces jeux existent. On m'a toujours fait la même objection qui est la suivante : c'est que les jeux ne sont pas autorisés, et que si on prélevait un impôt, on donnerait, par le fait même, une autorisation détournée.

Mais cette objection est spécieuse ; car tout le monde sait que si les jeux ne sont pas autorisés, ils sont tolérés; et alors, de deux choses l'une : ou les jeux sont interdits, et on doit absolument et tout à fait empêcher qu'on joue ; ou on les permet, et dans ce cas, pourquoi ne pas en tirer profit pour le bien de la station et l'intérêt général?

Ce n'est un secret pour personne qu'il y a des entrepreneurs de jeux, dans des stations classées parmi les principales, qui gagnent annuellement plusieurs centaines de mille francs. Et dans des cités thermales de moindre importance, il n'est pas rare d'en trouver dont le bénéfice annuel se chiffre par 50 ou 60.000 fr.

Une partie de ces revenus, prélevée sous forme d'impôt de jeu, servirait utilement à améliorer l'hygiène des villes d'eaux d'abord, et ensuite à procéder chaque année à l'amélioration des installations balnéothérapiques.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Incident chloroformique survenu pendant une opération de lithotritie

par M. le Dr Dubuc.

Je désire présenter quelques brèves considérations sur un *incident chloroformique* survenu pendant une opération de lithotritie que je pratiquais il y a quelques semaines. Ce qui me décide à en entretenir la Société bien qu'il ait été de minime importance, c'est qu'on en peut, il me semble, tirer un enseignement de quelque utilité, au point de vue pratique. Le malade auquel j'ai eu affaire, âgé de 68 ans à l'heure actuelle, est un *récidiviste calculeux*. Il a été taillé en 1877 par Amussat pour deux calculs que leur volume rendait parfaitement justiciables de la lithotritie.

Lithotritie par moi en décembre 1891 ; chloroforme très bien supporté ; suites de l'opération excellentes. Il n'y avait alors dans l'urine ni sucre ni albumine. Depuis cette époque, il a fait chaque année une saison à Contrexéville; il a expulsé à diverses reprises des graviers un peu rugueux à la surface; il se trouve, en effet, sous le coup d'une gravelle urique très intense et d'une extrême ténacité.

En novembre 1895, symptômes d'une récidive calculeuse ; je constate le 29 novembre, par une exploration directe, la présence de calculs multiples dans la cavité vésicale.

Les conditions ne sont plus les mêmes que lors de ma première opération de lithotritie ; le malade est dans l'intervalle devenu albuminurique, à une époque que je ne saurais préciser.

La quantité d'urine des 24 heures n'excède pas 875 c. c. ; sa densité est 1020 ; la quantité d'albumine rapportée à un litre est de 1 gr. 20 ; celle de l'urée de 15 gr. 8 ; l'examen microscopique révèle la présence d'un certain nombre de cylindres hyalins.

Le malade vient en outre d'éprouver une forte commotion morale, qui l'a déprimé. Redoutant quelque peu, dans ces conditions, l'administration du chloroforme, je demande qu'il soit soumis à un régime lacté exclusif d'une certaine durée.

Au commencement de janvier 1896, la quantité d'urine est remontée à 1550 c.c. ; densité 1019 ; 16 gr. d'urée par litre et 0 gr. 20 seulement d'albumine ; il existe toujours quelques cylindres hyalins.

La lithotritie est pratiquée le 13 janvier. Vers la fin de l'opération, quinze minutes environ après le début de la chloroformisation, alors que 25 grammes à peine de chloroforme de la meilleure provenance avaient été employés, la respiration et le pouls s'arrêtent complètement.

Des tractions rythmées de la langue sont immédiatement pratiquées, suivant la méthode de Laborde, et nous avons la satisfaction, après une douzaine environ de ces tractions, d'entendre une inspiration bruyante, signal du retour des fonctions respiratoires et cardiaques qui n'ont pas tardé à se rétablir comme avant l'incident.

Les suites de l'opération ont été tout à fait normales ; le malade s'est plaint assez vivement pendant quelques jours d'une sensation de courbature douloureuse au niveau de l'insertion des muscles de la langue, qui résultait de la façon énergique dont les tractions avaient été pratiquées.

Il résulte de l'exposé qui précède que lorsqu'on a à pratiquer, notamment sur l'appareil urinaire, une opération de quelque importance comportant la nécessité de la chloroformisation, il est indispensable de s'assurer de l'état des reins et de recourir, avant d'agir, à un régime lacté approprié, lorsque la quantité de la sécrétion urinaire est notablement diminuée et que l'analyse de l'urine y démontre la présence de l'albuminurie et des cylindres hyalins.

Je m'applaudis d'avoir suivi, dans le cas qui nous occupe, la ligne de conduite énoncée ci-dessus ; je suis persuadé que si, cédant aux sollicitations du malade, j'avais procédé à l'opération aussitôt la pierre reconnue, un incident chloroformique, du genre de celui qui s'est produit ici, aurait eu des conséquences beaucoup plus graves.

Je profite de la circonstance pour signaler l'opinion des chirurgiens américains, qui considèrent l'administration de l'éther comme beaucoup plus dangereuse que celle du chloroforme dans les cas de lésions rénales. Ce n'est pas pendant la durée même de l'administration que le danger est surtout à redouter, mais dans les heures qui suivent, l'éther étant beaucoup plus susceptible que le chloroforme de déterminer une poussée aiguë de néphrite sur des reins déjà altérés, d'où l'oligurie et même l'anurie et finalement la mort dans le coma.

C'est un point mis en évidence avec beaucoup d'insistance dans la séance de la Société obstétricale de New-York du 15 octobre 1895 (Voir *Semaine gynécologique*, n° 1, janvier 1896, p. 4), par des chirurgiens expérimentés tels que Palmer Dudley, Edebohls, T. A. Emmet, Callyer, Egbert-Grandin, etc. Tous s'accordent à reconnaître que dans les cas de lésions rénales avancées, il faut s'abstenir de recourir à l'éther comme agent anesthésique et s'adresser de préférence au chloroforme avec des précautions qu'ils indiquent non sans avoir soumis au préalable les malades à un régime approprié, tel que le régime lacté.

Je demanderai à mes collègues s'ils connaissent des faits qui viennent à l'appui de cette opinion ; pour ma part, j'ignorais cette nocivité plus grande de l'éther dans les circonstances que je viens d'indiquer.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie clinique et opératoire, sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet. — T. II. **Maladie des os**, par MM. Rieffel et Mauclaire, J.-B. Baillière, éditeur. Paris 1896.

Le deuxième volume que je présente aujourd'hui suit de près le premier. L'exactitude, en ce temps de progrès, est rendue nécessaire par la rapidité avec laquelle la vérité d'aujourd'hui devient l'erreur de demain. Pour mener à bien une œuvre aussi considérable que celle que nous promet d'être le *Traité de chirurgie*, il faut que tous les collaborateurs marchent parallèlement et que presque tout l'ouvrage soit fait sur manuscrit dès que l'imprimerie le réclame.

Ce deuxième volume, tout entier de la main de deux jeunes chirurgiens, MM. Rieffel et Mauclaire, est un des meilleurs ouvrages qu'il nous ait été donné de rencontrer depuis longtemps. M. Rieffel s'est chargé de la besogne, ingrate en apparence, des fractures. Besogne ingrate, *en apparence*, ai-je dit, car la chirurgie ne consiste pas exclusivement à ouvrir des ventres pour voir ce qu'il y a dedans et constater parfois qu'il n'y a rien. Besogne ingrate, *en apparence*, nous démontre M. Rieffel, dont l'esprit clinique, l'ex-

périence chirurgicale, ont trouvé dans ces descriptions une occasion incomparable à se donner carrière. Les fractures existent et leur étude mérite que quelques chirurgiens s'y arrêtent encore. Depuis Malgaigne rien, je dis à dessein *rien*, n'avait été écrit de sérieux sur les fractures. Aucun travail d'ensemble qui permit d'en avoir une notion suffisante pour ne pas transformer en infirmes les malheureux patients qu'un triste hasard amenait avec une jambe et surtout une cuisse cassée. Une fracture est regardée comme une lésion indigne de faire sortir un chirurgien qui se croit digne de ce nom, du petit bassin dans lequel il est constamment plongé.

Merci donc à M. Rieffel qui malgré sa jeunesse, (une qualité qui n'est pas donnée à tout le monde), a su prendre intérêt aux fractures qu'il a décrites, et nous donne un ouvrage qui lui fait grand honneur et servira, nous le souhaitons, de modèle à ceux qui viendront après lui.

M. Mauclaire a traité les maladies non traumatiques des os. — Il a franchement, nettement et très sagement (ces trois adverbes joints font admirablement) divisé son travail en maladies microbiennes, maladies parasitaires, intoxications chimiques, maladies tropho-nerveuses et néoplasmes.

Les premières sont de beaucoup les plus importantes, et nous voyons enfin supprimer le terrible, inutile et inévitable (jusqu'à Mauclaire) chapitre de la nécrose. La nécrose des os longs, cette sempiternelle rengaîne que l'ignorance de la question rendait seule faisable, va donc, grâce à Mauclaire, disparaître des programmes classiques. La nécrose « n'est pas une maladie, mais elle est un syndrome dont l'étude trouve sa place dans une étude de diagnostic ou de séméiologie ». — Il y a autant de manières de se nécroser pour un os qu'il y a de maladies qui peuvent l'atteindre. Donc, « il suffira de se reporter à chacune des classes adoptées pour trouver ce qui, dans chacune d'elles, a trait à la nécrose, et l'on aura une idée complète de ce syndrome considéré, pendant si longtemps comme une maladie. »

Rien que cette vue exacte de la pathologie osseuse suffirait à faire de l'ouvrage de Mauclaire une œuvre originale et hors de pair, mais il y a autre chose, et cette autre chose nous ne pouvons que l'indiquer sans l'analyser, c'est la connaissance absolue, complète de la question qu'il traite. On sent à chaque page que l'auteur possède à fond le sujet qu'il étudie. Il a assimilé tous les travaux qu'il a consultés pour l'écrire, toutes les leçons qu'il a reçues de son maître, et comme Minerve toute casquée, sort sa description toute parachevée.

Et je lisais il y a quelques jours une critique du volume de MM. Rieffel et Mauclaire. Elle disait : « Comme on le pense, la partie chirurgicale proprement dite n'occupe que la place qui d'ordinaire lui est réservée dans les traités de pathologie externe, c'est-à-dire une place très restreinte. *Cela n'a pas grand inconvénient ici, vu le peu d'intérêt d'actualité du sujet.* » Ce qui me démontrait que j'avais raison de féliciter M. Rieffel d'avoir su trouver que le sujet ne manquait pas d'intérêt d'actualité. En tout temps les fractures seront d'actualité, et le critique mérite d'être plus critiqué que l'auteur. Je lisais ensuite : « Par contre nous avons été frappés de constater combien la bibliographie a été négligée, combien de travaux modernes importants ont été passés sous silence. » Mais je les en félicite, les « véritables savants » que sont MM. Rieffel et Mauclaire, mais je les remercie sincèrement de m'avoir évité de lire les élucubrations multiples et indigestes de MM. Tel ou Tel. Ils m'ont donné une description magistrale, complète, parfaite de lésions « sans intérêt d'actualité ». Je ne peux que les remercier de ne pas m'avoir incité à croire que, d'après le mémoire de M. Un Tel c'est lui qui a trouvé la fracture du tibia et que d'après la brochure de M. Tel Autre, c'est lui qui a le premier inventé l'ostéosarcôme. Comment ? M. Mauclaire nous met en tête de ses généralités sur les maladies microbiennes des os 27 noms, 11 dates suivies d'un etc. et les bibliographes ne sont pas encore contents. Mais pour Dieu ! que feraient-ils donc si on faisait leur besogne de bibliographe. MM. Rieffel et Mauclaire ont fait UNE pathologie et une BONNE pathologie osseuse ; ils l'ont faite claire, complète, parfaite, pourquoi leur reprocher de ne pas l'avoir gâtée par des parenthèses incalculables de noms plus ou moins connus, mais presque toujours inutiles.

Nos compliments sincères aux deux auteurs du deuxième volume du *Traité de chirurgie clinique et opératoire* — qui est le seul livre où l'on puisse actuellement apprendre *les maladies des os*.

F. Verchère.

Recherches sur l'activité de la diastole ventriculaire, sur ses causes, son mécanisme et ses applications physiologiques et pathologiques, avec planches, par le Dr L. Germe, ancien professeur à l'école de médecine d'Arras, in-8° 71 p. Paris, G. Masson, 1896.

Le Dr L. Germe, dont nous avons eu déjà à analyser les travaux, vient de faire paraître un nouveau mémoire de physiologie pure dont les conséquences cliniques se feront certainement sentir et dont l'intérêt scientifique est dès maintenant indiscutable.

M. Germe veut démontrer qu'immédiatement après la systole le cœur, loin de rester dans un état passif, exerce, par l'expansion de ses parois, une action aspiratrice attirant dans chaque ventricule le sang contenu dans l'oreillette correspondante et les veines qui s'y abouchent.

Cette expansion des parois ventriculaires aspirant le sang est due à la pression sanguine des vaisseaux du cœur. Aussi l'auteur définit-il l'activité de la dias-

tole : une action aspiratrice exercée sur le sang par l'expansion des parois ventriculaires provoquée par la pression des vaisseaux cardiaqnes, ou mieux diastole par pression vasculo-cardiaque.

Dans un premier chapitre, M. Germe expose l'histoire du sujet; dans le second les faits qui l'ont conduit à découvrir ce mode de diastole et à le démontrer; dans le troisième, diverses expériences montrant les rapports qui existent entre la pression vasculo-cardiaque et la force aspiratrice des ventricules; dans le quatrième, il démontre chez l'homme au moyen de la plessimétrie l'activité de la diastole ventriculaire par pression vasculo-cardiaque; dans le cinquième, il étudie le mécanisme par lequel la pression vasculo-cardiaque provoque une diastole active des ventricules; dans le sixième enfin, il examine les applications physiologiques et surtout pathologiques qui découlent de cette théorie.

Voici d'ailleurs les conclusions de ce travail dans lesquelles les recherches de l'auteur sont résumées : Immédiatement après chaque systole, les parois ventriculaires sont le siège d'une diastole active qui attire dans leurs cavités une partie du sang contenu dans les oreillettes; cette dilatation, faiblement tributaire de l'élasticité des parois du cœur, est due principalement à la pression artérielle vasculo-cardiaque et subordonnée à son degré. Le mécanisme de la diastole active du cœur par la pression artérielle cardiaque s'explique par la mise en jeu de l'élasticité des artères coronaires et du principe de Pascal et par la réplétion brusque des vaisseaux contenus dans l'épaisseur du myocarde. Ce mode de diastole dérive, par ricochet, du travail produit, à chaque systole, par le ventricule gauche.

Par le fait de l'activité diastolique des ventricules, le travail fourni per le cœur est plus considérable que les physiologistes ne l'ont pensé jusqu'à ce jour; car au travail qui consiste à soulever à chaque systole les valvules sygmoïdes et à chasser l'ondée sanguine dans l'aorte, il faut ajouter celui que les ventricules doivent dépenser pour lutter contre leur puissance diastolique.

Cette résistance subordonnée à la pression artérielle peut, en cas de tension sanguine exagérée, imposer à un cœur même sain un travail supérieur à ses forces et le mettre momentanément en état d'asystolie.

L'activité diastolique des ventricules peut être mise en jeu par la pression veineuse vasculo-cardiaque, dans les cas où l'oreillette droite est très dilatée. Ce fait s'observe dans les lésions du cœur gauche, qui ont pour effet d'affaiblir sa puissance ou d'augmenter ses résistances, dans les embarras de la circulation pulmonaire et dans les cas où le sang afflue en abondance dans l'oreillette droite, comme dans les convulsions.

Par suite de l'élévation de la pression veineuse dans cette cavité, il se produit forcément une élévation de la pression veineuse vasculo-cardiaque qui augmente le travail du cœur et peut le faire tomber facilement en asystolie, pour peu que sa contractilité soit affaiblie.

Pour remédier à l'impuissance du cœur, la première chose à faire, souvent avec succès, c'est d'abaisser la pression veineuse cardiaque; aussi il importe, dans la pathologie et la thérapeutique de ce viscère, de tenir grand compte des résistances qu'il doit vaincre, résistances assez souvent représentées par des excès de pression artérielle et veineuse vasculo-cardiaque. Ces excès de pression dont l'artérielle n'est, en général, que relative à la puissance du cœur constituent, surtout en ce qui concerne la veineuse, un grand obstacle à son fonctionnement.

A. Ch.

REVUE DE LA PRESSE

Les Eunuques Egyptiens. — M. le Prof[r] Lortet a présenté à la Société nationale de médecine de Lyon un squelette d'eunuque qu'il avait rapporté du Caire et, à ce sujet, il a fait la communication suivante que nous trouvons dans le *Lyon Médical*.

Dans les grandes villes d'Egypte, surtout au Caire, on rencontre dans les rues un grand nombre d'eunuques attachés comme domestiques aux familles riches et servant spécialement à la surveillance des femmes renfermées dans les harems.

Ainsi que Godard l'avait déjà observé durant son remarquable voyage scientifique en Egypte, ces malheureux présentent, lorsqu'ils sont adultes, une taille très élancée qui les fait facilement reconnaître même de loin. Ces castrés encore enfants, au contraire, ne diffèrent nullement des autres enfants de leur âge. Mais dès qu'ils arrivent à la puberté, leur croissance se fait avec une grande rapidité, et bientôt ils atteignent presque tous une taille qui atteint ou qui dépasse même deux mètres.

Pendant mon dernier séjour en Egypte, j'ai eu l'occasion de disséquer au Caire un eunuque âgé de 24 à 25 ans venant probablement du pays des Echillouks situé dans les régions du Bahr el Gazal, bien au sud de Karthoum. Le crâne est bien conformé, mais le prognatisme maxillaire et dentaire est des plus prononcés. La taille du squelette est de 1[m]96, tandis que celle du sujet vivant était certainement supérieure à 1[m]99.

Le thorax paraît très court comparé à la longueur des membres abdominaux Le bassin est très petit, presque atrophié. Les trous ovales très grands ne laissent entre eux qu'une symphyse pubienne très étroite.

Les os longs sont tous excessivement grêles et ne présentent point les crêtes destinées aux insertions musculaires. L'humérus est relativement court. Le

radius et le cubitus longs et faibles. Les métacarpiens très allongés, ainsi que les phalanges, constituent une main longue, étroite, presque simienne. Le fémur, très faible, ne présente presque pas de courbure. Le tibia et le péroné, tous deux très grêles, sont d'une longueur tout à fait exagérée. Les pieds sont plats. Les phalanges et les métacarpiens très grêles et très longs.

L'allongement insolite des membres porte donc surtout sur les membres postérieurs.

Ce fait était intéressant à signaler. Il correspond entièrement à ce que nous pouvons constater chez les animaux. Les ailes du *chapon* ne sont pas plus développées que celles du coq, mais les pattes très élevées donnent à ce volatile une apparence tout à fait particulière.

Le taureau, bien plus bas sur les jambes que le bœuf, a surtout les membres postérieurs peu développés. Tandis que c'est surtout l'allongement des membres postérieurs qui, chez le bœuf, redresse la ligne du dos qui est toujours descendante chez le taureau.

L'ablation des testicules, lorsqu'elle est faite avant la croissance, amène donc une augmentation en longueur des membres postérieurs.

En Egypte, la castration est actuellement faite sur de jeunes garçons de 7 à 10 ans par les moines de certains couvents coptes, c'est-à-dire chétiens, qui retirent de gros bénéfices en fournissant de ces pauvres mutilés les harems des Musulmans riches. La castration n'est jamais pratiquée par des musulmans.

Ainsi que j'ai pu m'en assurer, l'opération est faite suivant deux procédés différents. Le premier mode opératoire consiste à trancher au rasoir les parties sexuelles aussi près que possible de la région pubienne en emportant d'un seul coup la verge et le scrotum. L'opéré est ensuite enterré presque jusqu'au cou, dans le sable sec et fin qui contribue à arrêter l'hémorrhagie. Après quatre ou cinq jours on déterre le supplicié et on applique sur la plaie quelques chiffons arrosés d'huile.

Le second procédé consiste à sectionner ou plutôt à broyer les cordons et la verge au moyen d'une ficelle fine et solide dont on tire les deux extrémités avec force. Les souffrances de l'enfant sont alors horribles, mais l'hémorrhagie est moins à craindre. L'opéré n'est pas enterré, mais simplement pansé avec des écorces d'acacias riches en tannin. Mais dans l'un comme dans l'autre cas, les deux tiers des enfants succombent à la suite de ces barbares mutilations.

Le citron comme pessaire. — M. Bérard, interne des hôpitaux de Lyon, a présenté à la Société des sciences médicales de cette ville un pessaire d'un genre peu habituel à l'aide duquel une vieille femme de 68 ans contenait depuis 22 ans un prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle.

C'est un citron de dimensions moyennes, qui se trouvait dans le vagin depuis un mois et demi lorsque la malade est venue demander à ce qu'on le lui extirpât, opération qu'elle pratiquait d'habitude elle-même facilement environ tous les mois. Le citron ne présente aucune altération, aucune odeur mauvaise, pas trace de moisissure ou de putréfaction.

Le prolapsus s'était produit après la ménopause bien que sa cause première fût une déchirure du périnée faite au cours des cinq accouchements de cette femme et non suturée. Le premier pessaire porté était un Dumontpallier, mais il tenait mal, sentait mauvais, et c'était pour ces deux raisons qu'elle lui substitua un citron, d'après les conseils d'une bonne femme. Ce ne doit donc pas être là une pratique isolée ; d'ailleurs F.-A. Verdier, dans son *Traité des hernies*, Paris 1840, rapporte qu'en pareille occasion il se servit d'une pomme et avec succès.

Interrogée sur son histoire depuis le moment où elle adopta ce pessaire nouveau, la malade dit qu'elle a toujours obtenu d'excellents résultats : introduction facile, contention exacte, expulsion provoquée sans grand effort avec la main. Une seule fois elle dut garder le citron trop volumineux un an, faute de pouvoir l'expulser : au bout de ce temps il tomba de lui-même, moisi, il est vrai, mais sans avoir déterminé aucune eschare, aucune infection, soit des parois vaginales, soit du côté du col.

Et à l'examen de cette muqueuse vaginale et du museau de tanche rosés, sains, sans excoriation, on est en droit de se demander s'il n'y a pas là un véritable pessaire antiseptique, dont on pourrait retirer des avantages dans les prolapsus après la ménopause, où l'on n'a plus à s'occuper de l'écoulement menstruel

Il y a en effet tout lieu de croire que ni le Dumontpallier, ni la gimblette, beaucoup plus coûteux, et à remplacer eux aussi au bout de quelques mois, n'auraient été tolérés ainsi pendant plus de 20 ans chez une femme sans aucune hygiène et obligée de travailler constamment. Le principe du citron est le même que celui du Gariel.

L'extraction du citron, pratiquée assez facilement avec une pince de Museux à la consultation gratuite de M. le professeur Fochier, on le remplaça par une gimblette, méthode plus classique, plus en accord sans doute avec les habitudes gynécologiques, mais, vis-à-vis de laquelle la malade ne cachait pas des répugnances dont l'avenir démontrera le bien ou le mal fondé.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 mars 1896. — Présidence de M. A. Cornu.

Application des rayons X au diagnostic des maladies chirurgicales. — M. Lannelongue. Dans les deux circonstances suivantes, les rayons X ont rendu un véritable service, en changeant en certitude un diagnostic extrêmement probable.

Le premier cas a trait à une femme ayant dépassé cinquante-cinq ans et portant, selon toutes les apparences, un corps étranger enclavé entre les surfaces articulaires du genou droit. Ce corps n'avait jamais été perçu, malgré de nombreux examens faits par le Dr Bourcy, médecin des Hôpitaux, et, en dernier lieu, par moi en sa présence. Ce corps étranger empêchait l'extension de la jambe sur la cuisse, qui était absolument impossible; il donnait lieu à des douleurs spéciales et devait être de nature ostéo-cartilagineuse, comme le sont ces productions dans l'arthrite dite *sèche*.

La malade était d'ailleurs atteinte depuis longtemps de cette dernière maladie. Elle fut soumise aux rayons de Rœntgen pendant une heure et demie. L'épreuve photographique a été mauvaise; néanmoins, on a pu constater dans l'espace clair, placé entre le fémur et le tibia, presque au centre de cet espace, en allant d'avant en arrière, un corps opaque à contours mal limités, plus noir au centre qu'à la périphérie, assez volumineux. C'est le corps étranger soupçonné, osseux au centre, et probablement cartilagineux vers l'extérieur.

Dans le second exemple, il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qui ressentit brusquement, il y a six ans, en jouant du piano, une douleur vive à la partie supérieure de l'avant-bras droit. Cette douleur ne tarda pas à diminuer; des massages furent faits sur le bras malade et semblèrent procurer quelque soulagement; mais, quelques mois plus tard, la douleur augmenta d'intensité et les muscles du membre s'atrophièrent. Il en résulta une impotence très prononcée de ce membre, impotence qui a diminué un peu, au bout d'un ou deux ans, malgré la persistance de la douleur et de l'atrophie. Il existe une zone très douloureuse au niveau de la tête du radius, sur la face postéro-externe de l'avant-bras. Cette zone, large comme une pièce de 2 francs environ, se prolonge par une ligne verticale qui descend le long du radius, dans l'étendue de quelques centimètres et le long de laquelle la pression provoque une vive douleur. Dans toute l'étendue de la zone hyperesthésique, la pression, même légère et superficielle, est difficilement supportée par la malade. Les mouvements de pronation et de supination sont particulièrement douloureux et la malade ne les exécute qu'avec ménagements. Mais si l'on fait jouer l'articulation radio-cubitale supérieure, on ne sent ni craquements, ni obstacle. C'est surtout dans la supination un peu prolongée que la douleur se manifeste. D'ailleurs tout le membre se fatigue promptement dès qu'il cesse d'être soutenu ou que la malade essaye de porter dans la main droite un objet léger; la douleur se réveille aussitôt sous l'influente de la fatigue.

L'atrophie musculaire occupe surtout le deltoïde, le grand pectoral, les muscles extenseurs de l'avant-bras, l'éminence thénar et les interosseux. L'exploration de l'avant-bras ne révèle aucune altération appréciable du squelette, ni des parties molles.

Cette jeune fille a eu un très grand nombre d'avis différents; on lui a parlé, entre autres choses, de la présence d'une exostose nécessitant une opération. Je n'ai rien découvert qui puisse autoriser un pareil diagnostic, et les phénomènes ressentis par la malade se rapportent, d'après moi, à l'hystérie. Il y a chez elle, en un mot, des troubles douloureux et atrophiques produits par un traumatisme chez une hystérique.

Elle vient se soumettre aux rayons de Rœntgen pour avoir la certitude que son squelette n'a rien, car elle en est très troublée. De ce côté, c'est une cure morale à faire.

Elle a été soumise à l'action de ces rayons pendant une heure et quart. L'épreuve photographique, sans être très bonne, montre très manifestement l'intégrité des os; les extrémités supérieures du radius et du cubitus sont normales, l'interligne articulaire n'offre aucune particularité.

Cette jeune fille nous quitte complètement rassurée.

Application chirurgicale des photographies de Rœntgen. — M. Pierre Delbet. J'ai l'honneur de présenter à l'Académie trois photographies de Rœntgen, qui ont un réel intérêt chirurgical. Ces photographies, d'une netteté véritablement remarquable, ont été faites toutes les trois dans le laboratoire de recherches de la Société *l'Optique* par M. A. Londe, directeur du Service photographique de la Salpêtrière.

1° L'une a pour but de préciser dans une main le siège d'une balle de revolver reçue il y a douze ans. Chose curieuse, on cherchait une balle et l'on en a trouvé deux. Le projectile est entré du côté palmaire, un peu en dehors du deuxième métacarpien. Il devient évident, lorsqu'on inspecte la photographie, qu'il a rencontré le troisième métacarpien, s'est coupé sur lui de telle sorte qu'une moitié est restée contre cet os, tandis que l'autre a cheminé jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par le métacarpien suivant. Aucun de ces fragments n'est perceptible à la palpation la plus attentive. Je n'ai enlevé ni l'un, ni l'autre, parce qu'ils ne déterminent pas de troubles; mais personne ne peut nier que, si l'ablation avait été indiquée, cette photographie aurait rendu de très grands services : elle aurait permis de marcher directement et sûrement sur les corps étrangers. Mais supposons que, sans l'aide de la photographie, on eût été à la recherche de cette balle. On se serait estimé fort heureux d'avoir trouvé un corps étranger. Peut-être eût-on été étonné de son petit volume, mais on aurait pensé sans doute que le plomb avait été en partie corrodé par les bourgeons charnus comme l'ont été des chevilles d'ivoire dans des expériences célèbres; le malade ne sait pas d'ailleurs le calibre exact du projectile qu'il a reçu. Il est bien probable, en tout cas, qu'on n'eût pas songé, ayant trouvé un corps étranger, à en chercher un second, alors qu'il était certain qu'un seul avait pénétré; et les accidents auraient pu persister après comme avant l'opération.

2° Voici une deuxième photographie ayant trait à une fracture de jambe, qui présente plusieurs points intéressants. La fracture était incontestablement de cause indirecte. Le malade avait été renversé par une voiture, mais ni les sabots du cheval, ni les roues n'avaient touché la jambe blessée. Cependant, bien qu'il n'y ait qu'un trait de fracture sur le tibia, il y en a deux sur le péroné avec un fragment intermédiaire, long d'environ 15 centimètres.

Cette fracture s'est terminée par une pseudarthrose que j'ai traitée par la suture osseuse. La disposition était telle

que je n'ai pu faire le cerclage de l'os; j'ai dû me borner, par nécessité, à mettre un seul fil d'argent en sautoir. On voit que ce fil n'a pas empêché le déplacement de se reproduire.

3° La troisième photographie est d'un coude réséqué. Il s'agissait d'une ankylose consécutive à une arthrite blennorrhagique. J'ai fait une première résection modelante, trochléiforme, à la suite de laquelle l'ankylose s'est reproduite aussi serrée qu'auparavant. Dans une seconde résection, j'ai enlevé une grande étendue d'os et j'ai de plus extirpé une bande de périoste, transversale et circulaire, entre les extrémités osseuses. Le résultat fonctionnel est pleinement satisfaisant. L'articulation est solide et mobile. L'extension se fait complètement, la flexion va jusqu'à angle très aigu; seuls, les mouvements de pronation forcée sont limités. On voit sur cette photographie que l'olécrane ne s'est pas reproduit, ce qui n'a rien de surprenant, puisque j'avais enlevé une bande de périoste. Le triceps n'en est pas moins capable de produire une extension active, même contre l'action de la pesanteur, bien que l'opération date à peine de deux mois. Ce fait montre donc qu'avec le procédé de M. Farabeuf les expansions aponévrotiques conservées sont suffisantes, même en l'absence de régénération de l'olécrane, pour permettre au triceps d'agir. On voit, en outre, que les deux os de l'avant-bras ont subi un mouvement de glissement en dehors. Bien que ce déplacement n'ait pas eu de conséquence au point de vue fonctionnel, je m'efforcerai à l'avenir de l'éviter.

Les rayons de Rœntgen dans l'œil. — M. Wuillomenet (1). Il a déjà été démontré expérimentalement que les milieux transparents de l'œil, qui se laissent facilement traverser par les rayons lumineux, sont peu perméables aux rayons X.

Dans une série d'expériences, nous avons photographié la tête d'un lapin adulte; dans le corps vitré de l'un des yeux, nous avions introduit, par une petite ouverture faite à la partie postérieure de la sclérotique, un grain de plomb de chasse n° 10. L'œil traumatisé touchait directement le châssis renfermant la plaque sensible, et était à environ 0m,12 de distance de l'extrémité inférieure d'un tube de Crookes. Les rayons ont été obtenus au moyen d'une bobine d'induction actionnée par six accumulateurs; l'intensité du courant inducteur était réglée par un rhéostat.

La pose a été de trois heures; sur le cliché que nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie, on voit parfaitement le corps étranger, ce qui semblerait indiquer que l'imperméabilité des milieux de l'œil, pour les rayons X, n'est pas absolue.

Dans une deuxième série d'expériences, nous nous sommes servi d'une tête humaine; nos résultats ont été négatifs, malgré une grande intensité du rayonnement et une pose prolongée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mars. — Présidence de M. Hervieux

La Correspondance comprend une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant ampliation du décret qui autorise l'Académie à accepter le legs d'une rente de 24.000 fr. fait par Mme Jouanique Audiffred, legs destiné à créer un prix de même somme pour récompenser la découverte d'un remède de la tuberculose.

Photographie par les rayons Rœntgen. — M. Fournier présente trois photographies par le procédé Rœntgen prises par MM. Oudin et Barthélémy sur des sujets vivants. L'un est une photographie d'une tumeur qui a été montrée par là indépendante des os; la 2e représente le fémur d'un enfant de deux ans et demi, profondément rachitique, la 3e est une colonne vertébrale photographiée chez le même enfant, et portant une lésion à la partie inférieure de la colonne dorsale.

M. Polaillon présente également une photographie par les rayons Rœntgen; il s'agit d'une femme qui avait reçu une balle dans l'épaule, la photographie a été absolument impuissante à donner une image de l'épaule et à montrer où se trouvait la balle.

Appendicite. — M. Panas a fait, il y a trente ans, des expériences d'où il résulte que l'interruption du cours des matières fécales dans une anse d'intestin de poule, mise à nu et faiblement ligaturée, provoque le passage de toxines irritantes dans le péritoine, d'où péritonite sans perforation. Pour s'en assurer, M. Panas injectait dans l'anse intestinale de la poule vivante une solution de sulfate de fer et plongeait l'anse dans une solution de cyanure jaune de potassium. La réaction bleue qui survenait était la preuve de l'osmose, alors que rien de pareil ne se passait sur une anse non ligaturée mais simplement pincée entre le pouce et l'index pendant la durée de l'expérience.

Élections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers dans la 1re division.

Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : en 1re ligne M. Leuckart, de Leipzig; en 2e ligne M. Wardell Stiles, de Washington; en 3e ligne M. Coni, de Buenos-Aires; en 4e ligne M. Petrini, de Galatz.

Pour la première place sur 47 votants, majorité 24, Leuckart est élu par 42 voix contre 5 données à M. Petrini.

Pour la seconde place sur 45 votants, majorité 23, M. Wardell Stiles est élu par 34 voix contre 10 données à M. Petrini et 1 à M. Coni.

Eaux minérales. — M. Alb. Robin fait sur diverses demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales, un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Contagion de la tuberculose. — M. Kelsch. Sans m'inscrire en faux contre les dangers du contact des tuberculeux ou du séjour dans les milieux souillés par eux, je veux remettre en lumière le rôle des foyers tuberculeux latents, de l'auto-infection dans la genèse des affections tuculeuses vulgaires.

Les tuberculeux sont éliminés des rangs de l'armée au premiers soupçon de leur affection, et leurs effets d'habillement et de literie soumis à la vapeur sous pression; les casernes sont méthodiquement et périodiquement désinfectées, les sécrétions purulentes détruites au fur et à mesure de leur émission; enfin aucune précaution n'est omise pour prévenir l'extension de l'endémie. Et pourtant celle-ci s'accroît d'année en année.

On entre dans l'armée tuberculeux, aussi souvent peut-être qu'on l'y devient. Les tuberculeux entrent dans nos

(1) C'est au gracieux concours de M. Féry, chef des travaux pratiques à l'École de Physique et de Chimie, que nous devons les clichés.

rangs porteurs de tuberculose localisée et latente, de foyers ganglionnaires ou osseux dissimulés dans les replis inaccessibles du corps, de nodules solitaires épars dans le poumon ou quelqu'autre organe. Ces lésions sont compatibles avec les attributs d'une constitution vigoureuse et d'une santé florissante, mais elle se démasqueront un jour ou l'autre à l'occasion d'une perturbation quelconque de la santé générale, engendrant par auto-infection la pleurésie, la bronchite à répétition, la phtisie, enfin la granulie généralisée. Ces lésions silencieuses et cachées nous les avons constatées dans la proportion au moins de une fois sur trois chez des sujets morts de maladies étrangères à la tuberculose. Ici se sont des sujets vigoureux, mais atteints d'adénopathie bronchique ancienne qui, à la suite d'une grippe ou d'une rougeole, deviennent peu à peu phtisiques. Ailleurs ce sont des hommes habituellement bien portants qui sont emportés, au cours d'une fièvre gastrique en apparence simple, par une tuberculose miliaire généralisée et chez lesquels l'autopsie révèle, comme point de départ de l'auto-infection, des ganglions dégénérés du médiastin ou du péritoine.

Les dimensions, souvent considérables, de ces masses néoplasiqes, leur structure fibro-caséeuse ou calcaire leur assignent une origine ancienne ; leur développement remonte vraisemblablement à la première période de la vie

Si les lésions initiales de la tuberculose chez nos soldats datent de l'enfance, il faut admettre que le virus sommeille dans ces foyers en apparence éteints. Cette conséquence n'est point faite pour nous troubler ; l'histoire de la syphilis montre suffisamment que certains virus, après avoir pris tumultueusement possession de notre organisme, peuvent s'y endormir pour ne se réveiller que de longues années après cette première période d'activité. Du reste, nous avons dans plusieurs cas surpris sur le fait l'auto-infection s'effectuant au pourtour de foyers dont l'ancienneté datait de vingt à vingt-cinq années.

Dans la contamination de l'enfance, l'hérédité tient un rôle considérable ; l'expérimentation a démontré la prédilection de la tuberculose congénitale pour les ganglions lymphatiques et le squelette, c'est-à-dire pour les organes si souvent lésés chez les enfants. Ces localisations, si difficiles à interpréter chez ces derniers dans l'hypothèse d'une infection extra-utérine, se conçoivent d'une manière très physiologique, si on les rapporte à l'infection germinale ou sanguine.

Quoi qu'il en puisse être, le moment de l'échéance des lésions tuberculeuses chez l'enfant bacilisé doit être subordonné à la quantité et à l'énergie du virus qu'il reçoit et au degré de résistance des tissus. Suivant que les circonstances seront favorables au microbe ou à son porteur, celui-ci fera dès les premiers jours de la naissance une tuberculose plus ou moins manifeste, ou il sera atteint plus tard seulement, dans la deuxième ou dans la troisième année, d'une tuberculose diffuse ou localisée, apparente ou dissimulée dans la profondeur de l'organisme.

Quant à la reviviscence de ces foyers et à l'émigration des germes qu'ils recèlent, elles sont occasionnées ou favorisées par les maladies fébriles et phlegmasiques, et par les vicissitudes de l'hygiène. En particulier dans l'armée, la fréquence de la tuberculose est plutôt subordonnée aux péripéties pathologiques ou professionnelles, qu'aux chances de contagion ou d'infection par les locaux. La phtisie est la maladie dominante des prisonniers de guerre. Contrairement à la logique de la contagion, nos infirmiers comptent parmi les corps les moins éprouvés par la tuberculose ; ils paient à cette maladie un tribut plus de deux fois moindre que les pompiers et les sapeurs du génie. De pareilles constatations ne sont-elles pas faites pour nous confirmer dans la croyance suggérée par l'observation de chaque jour, que c'est l'homme lui-même qui très souvent fournit le germe, et non la caserne ou l'hôpital.

Prophylaxie du paludisme. — M. Vallin lit au nom de M. Laveran une réponse à M. Laborde au sujet du traitement prophylactique du paludisme.

M. Vallin fait ensuite connaître des renseignements qui lui ont été fournis par un médecin-major M. Sanmacary qui vient de passer un an au Dahomey. Deux compagnies ont fourni l'expérience ; une seule a pris du sulfate de quinine et a séjourné pendant huit mois au centre de la forêt vierge. Pendant le 1er mois, les hommes ont été dans les conditions ordinaires, ne prenant pas de sulfate de quinine d'une façon préventive ; quand les colis de sulfate de quinine furent arrivés, tous les hommes en prirent d'une façon régulière et il n'y eut plus un seul cas d'accès pernicieux. L'autre compagnie, au contraire, qui était non dans la forêt vierge mais au pied de la montagne, dans de bien meilleures conditions hygiéniques, mais à laquelle d'autre part on n'a pas fait prendre de sulfate de quinine d'une façon préventive, a eu de nombreux accès pernicieux.

M. Léon Colin, dans la communication imprimée de M. Laborde, a vu des assertions qu'il lui paraît difficile d'accepter pour le corps de santé Il ne nous a nullement semblé que nous fussions désarmés en n'ayant que le sulfate de quinine et non pas le chlorhydro sulfate de quinine, très vanté par M. Laborde, et dont on ne voit pas les avantages.

L'influence des saisons est extrêmement considérable et il faut en tenir compte quand on veut juger de l'effet de la quinine à dose préventive.

M. Léon Collin, en terminant, rend un hommage ému à la valeur et au dévouement du corps de santé militaire à Madagascar.

M. Vallin. Il a été envoyé, de France à Madagascar, pendant l'expédition, 1,200 kilos de sulfate de quinine, ce qui faisait 70 grammes par soldat.

M. Le Roy de Méricourt a passé trois hivernages à Madagascar ; il doute de l'influence prophylactique de la quinine et croit seulement que celle-ci sert à éviter les accès pernicieux.

A 4 h. 45, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mars 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

Ictère grave dans un cas de cancer du foie. — M. Hanot rapporte l'observation d'une femme atteinte de cancer secondaire du foie qui mourut après avoir présenté pendant quelques jours les symptômes de l'ictère grave hyperthermique. L'examen bactériologique du sang décela la présence du streptocoque ; ce qui vient à l'appui de la classi-

fication des ictère graves en ictère grave hypothermique dû au coli-bacille et ictère grave hyperthermique dû au streptocoque.

Anémie pernicieuse progressive et lésions de l'estomac. — M. HAYEM. L'étiologie de l'anémie pernicieuse progressive est des plus obscures : dans certains cas l'affection paraît se développer à la suite de grossesses répétées, de fatigue, de mauvaises conditions hygiéniques; dans d'autres la cause échappe absolument.

J'ai observé récemment deux cas appartenant à cette dernière catégorie. Tous deux se sont terminés par la mort. Dans l'un des cas — une femme ayant dépassé la soixantaine — j'ai trouvé une altération profonde de la muqueuse gastrique qui présentait la lésion décrite sous le nom d'atrophie gastrique. Chez l'autre — une femme de trente-trois ans — il y avait des lésions de gastrite mixte, dégénérative par places, prolifération en d'autres, mais les glandes étaient conservées; il n'y avait pas d'atrophie gastrique.

Ces deux faits montrent qu'il n'est pas possible d'attribuer à une lésion spéciale de l'estomac, à l'atrophie gastrique, la cause de l'anémie pernicieuse. contrairement à l'opinion de certains auteurs.

Les lésions de l'estomac, cependant, agissent sur le sang et peuvent, lorsqu'elles sont arrivées à une certaine période, s'accompagner de déglobulisation.

M. MENÉTRIER. Chez deux malades ayant succombé à une anémie pernicieuse progressive typique, l'estomac était absolument sain. L'examen histologique n'y a révélé aucune altération, ni parenchymateuse, ni interstitielle.

Aphasie urémique. — M. RENDU. L'intoxication urémique semble, dans certaines circonstances, se localiser sur un seul organe. J'ai observé un fait qui paraît donner raison à cette manière de voir.

Un homme de cinquante-six ans fut frappé subitement, le 24 mai dernier, d'une attaque apoplectiforme. Après la disparition du coma on constata une aphasie accompagnée de monoplégie brachiale droite. Les urines renfermaient des traces d'albumine. En raison d'un léger degré d'athérome aortique je diagnostiquai une embolie partie du cœur gauche. Quinze jours plus tard le malade fut pris d'une dyspnée intense. On n'entendait rien aux poumons. Par contre, les urines étaient rares et fortement albumineuses. Il s'agissait d'une dyspnée toxique, d'ordre urémique et le traitement institué confirma cette manière de voir. Une saignée de 200 grammes amena la diminution des accidents dyspnéiques et ceux-ci disparurent bientôt sous l'influence d'injections répétées de sérum artificiel et de l'ingestion de lactose. Il nous parut rationnel d'attribuer l'aphasie à la même cause, à l'urémie. Cette aphasie rétrocéda vers le mois de juillet en même temps que la diurèse s'établissait et que l'albumine diminuait. L'aphasie disparut complètement quand les fonctions rénales se rétablirent tout à fait.

Il m'a semblé, contrairement à mon opinion des premiers jours, qu'il était difficile de mettre sur le compte d'une embolie les phénomènes observés; dans ce cas, en effet, la rétrocession des accidents est rarement complète. Il est plus rationnel, ce me semble, de considérer, dans ce cas, l'aphasie comme un accident d'ordre urémique.

M. HANOT. L'aphasie se montre dans les maladies infectieuses; elle se développe sans lésions artérielles et semble dépendre de l'action des microbes ou de leurs toxines sur les centres nerveux. J'en ai observé plusieurs exemples. Il est vraisemblable que toutes les intoxications peuvent, en agissant sur le cerveau, provoquer des phénomènes du même ordre. L'intoxication urémique est donc capable de produire de l'aphasie et l'explication qu'a donnée M. Rendu me semble très acceptable dans le cas qu'il a observé.

Fièvre typhoïde. Ostéo-périostites multiples. — MM. TUFFIER et WIDAL. Nous venons d'observer chez un ancien typhique 3 ostéites suppurées des tibias ayant débuté 1 mois après la convalescence et ayant évolué d'une façon froide et apyrétique. Le pus examiné 16 mois après le début de la maladie ne contenait plus de microbes. Ces abcès périostiques avaient été incisés à quelques jours de distance, et le pus ensemencé en grande quantité en divers milieux n'avait fourni de culture, ni de bacilles d'Eberth, ni d'aucun autre microbe.

Le bacille d'Eberth peut vivre durant de longs mois dans le pus d'une ostéo-myélite typhique, et l'un de nous a rapporté précédemment 1 cas où ce microbe existait encor dans le pus 18 mois après le début de la dothiénentérie L'observation présente nous montre, contrairement à la règle, l'absence de bacilles d'Eberth dans le pus d'ostéites typhiques devenues processus éteints. Ce microbe avait sans doute fini par mourir dans le pus de ces ostéites, comme le pneumocoque meurt parfois dans le pus de suppurations post-pneumococciques.

Ostéite typhique. — M. F. WIDAL. Les complications osseuses de la fièvre typhoïde sont presque toujours des accidents tardifs apparaissant en général dans le premier mois qui suit la convalescence. Il semble, comme nous l'avons déjà soutenu ailleurs, que, chez un sujet à moitié immunisé par une dothiénentérie qui vient de finir, le bacille d'Eberth puisse encore se multiplier aux points où le hasard l'a abandonné. Si l'immunité est incomplète, elle est du moins suffisante pour donner au tissu osseux la force de résister et de la réaction de ce tissu résulte une inflammation locale phagocytaire qui se traduit cliniquement par l'apparition d'ostéites de types divers.

Il est à la règle des exceptions et nous venons d'observer un cas d'ostéite costale développée non pas dans la convalescence mais en pleine évolution d'une fièvre typhoïde prolongée, ostéite dont la résolution s'est faite en même temps que la défervescence de la dothiénentérie.

Au vingt-septième jour d'une fièvre typhoïde de forme grave, alors que la température continuait à osciller autour de 39°, on découvre chez notre malade au niveau de la neuvième côte gauche en arrière, immédiatement au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, une tumeur, grosse comme la moitié d'un œuf de poule et dont le grand axe suit la direction de la côte. Cette tumeur a dans toutes ses parties la dureté de l'os ; elle se confond absolument avec le tissus de la côte et elle est indolente à la pression. La peau à son niveau est recouverte d'une tache rouge, lie de vin, à bord irrégulièrement et brusquement découpés.

L'exostose s'accrut encore légèrement pendant les quelques jours qui suivirent son développement, puis elle subit une fonte si rapide durant les derniers jours de la maladie qu'au moment de la défervescence, qui se fit au quarante et unième jour, la tumeur osseuse était à peine appréciable. Elle avait complètement disparu quelques jours après le début de la convalescence et sa place resta marquée par un léger affaissement de la côte.

Ce cas est un exemple d'ostéite développée non dans la convalescence, mais dans le cours d'une fièvre typhoïde; la rapidité d'évolution de la lésion, sa disparition au moment de la défervescence, aussi bien que sa date d'apparition, nous ont paru dignes d'être rapportées. Ces faits qui s'écartent de la règle contribuent à compléter l'histoire déjà si curieuse de ces ostéites typhiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mars.— Prés. de M. Ladreit de Lacharrière

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté après une observation de M. Duroziez.

La Correspondance imprimée comprend les revues et journaux habituels, et un certain nombre d'exemplaires du *Bulletin médical*, publiant le discours de M. Motet sur Duchenne (de Boulogne). — Le compte rendu du Cinquantenaire de la Société des sciences médicales de Gannat.

La Correspondance manuscrite comprend une lettre de S. Exc. l'Ambassadeur de Russie remerciant la Société d'avoir nommé le prince d'Oldenbourg membre d'honneur de la Société. — Le secrétaire général donne lecture d'une dépêche envoyée au prince d'Oldenbourg au nom de la Société après les fêtes du Centenaire. — Lettres d'excuses, de félicitations et de remerciements pour le Centenaire, de M. le Dr Dubois, membre du *Conseil municipal de Paris*; de M. le prof. Chauveau, au nom de la *Société de Biologie*; de M. Laborde pour la *Tribune médicale*; de M. Ricklin, au nom de la *Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*; de M. le prof. Gross, de la *Faculté de Nancy*; de M. Fabre, de Commentry, au nom de la *Société des sciences médicales de Gannat*; de M. Bardet, au nom de la *Société de thérapeutique*; de M. Masoin au nom de l'*Académie royale de médecine de Belgique*; de M. Péry, membre correspondant, qui, venu à la séance, a été empêché par une indisposition d'assister à la soirée du président et au banquet. — Lettre de M. Leudet, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. — Lettres de MM. Cazin, Delmas et de Narkiewiez Iodko, remerciant la société de les avoir nommés membres titulaires et correspondants de la Société. — Lettre de M. Blanchard, professeur agrégé de la Faculté de Paris, demandant deux exemplaires de la médaille commémorative, pour compléter une collection de médailles se rapportant à la médecine (adopté). — Lettres de MM. Chervin et Baraduc, anciens membres démissionnaires de la Société, demandant à rentrer dans la Société. — Ces deux demandes sont renvoyées, pour examen et rapport, au conseil d'administration.

M. Ladreit de Lacharrière annonce à la Société la mort de M. Laure (de Cannes), membre correspondant national, et celle de M. Manuel Lovira Losada, de Madrid, membre correspondant étranger.

M. Rougon propose de voter des remerciements à M. Ladreit de Lacharrière pour la façon dont il a préparé, organisé et dirigé les fêtes du centenaire, ainsi qu'à MM. Motet et Duroziez pour la part contributive qu'ils ont apportée à ces fêtes. (Assentiment unanime.)

Incident chloroformique survenu pendant une opération de lithotritie. — M. Dubuc. (Voir ci-dessus p. 211).

M Abadie. Bien que faisant très fréquemment usage du chloroforme, j'ai eu le bonheur pendant 25 ans de pratique de n'avoir encore perdu aucun malade.

Il m'est arrivé plusieurs fois, comme à M. Dubuc, de me trouver en présence d'accidents graves et menaçants. Mais en exerçant des tractions énergiques et répétées de la langue et pratiquant en même temps la respiration artificielle par les mouvements thoraciques, j'ai toujours réussi à conjurer le danger.

Du reste, en agissant ainsi je n'ai fait que répéter les manœuvres que j'avais vu exécuter par mes maîtres dans les hôpitaux.

M. Laborde a cru avoir inventé les tractions de la langue, je crois que la seule chose qui lui appartient en propre c'est d'avoir trouvé le mot de *rhytmées*; avant lui on se contentait des tractions *énergiques et répétées*.

Il est très important en outre à mon avis d'associer à ces tractions de la langue des pressions alternatives sur la cage thoracique, de façon à provoquer des mouvements respiratoires.

Mais si je n'ai pas eu encore d'accidents mortels personnels j'en ai vu trois pendant le cours de mes études médicales.

Le premier a eu lieu dans le service de Dolbeau à l'hôpital Cochin dont j'étais l'externe. Il s'agissait d'un terrassier, homme très vigoureux qui venait de se luxer l'épaule. Dolbeau donnait le chloroforme lui-même. Après quelques inspirations qui ne durèrent pas plus d'une minute, la respiration s'arrêta tout à coup. On eût beau tirer la langue, pratiquer la respiration artificielle, le malade succomba.

Les deux autres cas de mort dont j'ai été témoin ont eu lieu dans des circonstances presque identiques, c'est-à-dire au début de l'opération alors que la quantité de chloroforme absorbée était presque insignifiante.

Il semble se produire, dans ces cas, des phénomènes réflexes d'inhibition contre lesquels tout reste impuissant, aussi bien les tractions répétées ou rhytmées de la langue que la respiration artificielle.

M. Duroziez demande à M. Dubuc si en endormant le malade, il se contentait de tâter le pouls, précaution insuffisante, car le pouls radial est très mauvais indicateur à cause de sa variabilité, et de plus il arrive ordinairement que le cœur marche encore quand le pouls ne dit plus rien. Il est donc important de préférer le pouls brachial au pouls radial, et de suivre le cœur avec soin, ce qui, dans bien des cas, donne plus d'assurance à l'opérateur.

M. Dubuc interroge ses collègues sur les inconvénients de l'éther que les Américains rejettent absolument comme dangereux et causant des accidents consécutifs graves, surtout chez les malades atteints de lésions rénales.

M. Jullien. Je n'ai jamais eu dans ma pratique de mort par les anesthésiques, et je vais plus loin, je n'en ai jamais vu. Après avoir fréquenté les hôpitaux tant à Lyon qu'à Paris pendant 29 ans, connu l'éther, le chloroforme et le bromure d'éthyle, mes yeux sont encore vierges de cet affreux tableau. Ce n'est pas que je n'aie vu la mort de près, mais soit qu'il s'agît de mes opérés, soit que je fusse par hasard témoin d'accidents graves à leur début, j'ai toujours eu la chance de les conjurer. Plus d'une fois il m'est arrivé, dans des services où je me trouvais, soit en visiteur, soit en ami, de bousculer l'indolent donneur de

chloroforme et de m'atteler à la respiration artificielle qui devait triompher dans toutes ces circonstances.

En général, on la fait mal, on y recourt avec mollesse, on se borne à quelques pressions au hasard sur le thorax; c'est là un moyen déplorable et auprès duquel les tractions rythmées de la langue sont une trouvaille merveilleuse. Mais la vraie respiration artificielle, celle que l'on fait aux noyés, telle qu'un jour, il y a quelque vingt ans, ja la vis faire par M. Labbé, tableau qui ne m'est jamais sorti de l'esprit, la respiration artificielle avec les grands mouvements des bras, me semble supérieure à toute autre pratique; si jamais je me trouve en la conjoncture fâcheuse d'avoir besoin d'être ranimé, je souhaite qu'on m'applique d'abord ce vieux procédé; qu'on y joigne les tractions de la langue, c'est très bien; mais si l'on doit choisir, qu'on laisse ma langue tranquille pour solliciter la vie avec ces grands leviers que fournissent les membres supérieurs.

Dans certains services de chirurgie, le chloroforme est donné de telle façon qu'on a peine à comprendre qu'il n'y ait pas des catastrophes tous les jours. L'anesthésiste ne doit pas être choisi au hasard, et je comprends très bien qu'en certains pays, en certaines Universités, comme d'ailleurs auprès de la plupart de nos grands opérateurs, il y ait un spécialiste rompu à toutes les difficultés de cette pratique délicate. Celui-là ne doit rien connaître de l'opération, il faut qu'il se résigne à l'ignorer, qu'il ne s'y intéresse même pas. Mon pauvre ami Prengrueber, sitôt enlevé à l'affection de quiconque l'a connu, avait coutume de répéter qu'on devrait placer un écran pour lui cacher le champ opératoire, et l'isoler plus complètement, en face du visage pâle ou congestionné, du cœur torpide ou exalté, et des soulèvements thoraciques à surveiller.

Tout aide qui s'inquiète de ce qui se passe sous le couteau ou le trocart pendant qu'il fait respirer l'anesthésique, manque au premier devoir que lui impose cette fonction de confiance et va au devant du péril.

Venons aux détails. On ne discute plus la pratique de ceux qui procèdent par assaut, appliquant hermétiquement la compresse sur la bouche du malade. Recommandée chez les enfants, cette manière de faire a pu donner une suite de bons résultats, mais les mécomptes sont venus, et elle n'est plus défendue même par qui l'avait prônée. Nous procéderons donc sans rien brusquer, en imprégnant progressivement notre malade; il faut le tâter, l'observer, l'interroger, le surveiller de toutes façons surtout au début. A. Guérin, qui faisait partir de la pituitaire les réflexes inhibiteurs, recommandait d'empêcher tout d'abord la respiration par le nez, pour la laisser libre dès que cette muqueuse était privée de sensibilité; rien n'est plus facile que de garder cette précaution, et si c'est une sûreté de plus il faut nous y soumettre. Notre vénéré maître Gosselin ajoutait : « Faites respirer l'air libre une fois sur 7 inspirations ». Ce précepte traduit en une formule volontairement étroite un principe de juste prudence. On ne se repentira jamais d'y obtempérer, fût-ce seulement au début de l'anesthésie, à la période dangereuse entre toutes.

Je dois dire qu'avec l'éther les éventualités menaçantes sont singulièrement écartées. Pendant les 8 années que j'ai fréquenté les hôpitaux de Lyon, à une époque où le chloroforme était absolument banni, je ne me rappelle pas avoir entendu parler d'un seul accident par l'anesthésie, ou plus exactement je ne m'en rappelle qu'un seul qui se produisit dans un service de médecine chez un pleurétique que l'on ponctionnait, et l'on reconnaîtra que l'éther n'est probablement pas responsable de ce décès.

Notre collègue M. Dubuc me demande si les accidents néphritiques étaient notés alors comme contre-indiquant l'emploi de l'éther. Je n'en ai pas souvenir, mais il faut remarquer que l'époque dont je parle est assez éloignée (de 1867 à 1875) et que les lésions viscérales ne sont bien étudiées dans les services de chirurgie que depuis les travaux de M. Verneuil, dont l'influence sur ce point reste indiscutable. J'ajouterai que l'observation des chirurgiens américains ne me paraît pas absolument probante, cependant ne nions rien, et puisque par fortune voilà l'éther en vogue à Paris, attendons les faits qui ne tarderont pas à nous éclairer.

Présentation d'une photographie de Rœntgen. — M. Abadie fait passer sous les yeux des membres de la Société une belle photographie obtenue par les rayons de Rœntgen qui lui a été remise par le Dr Barthélémy et qui a permis d'élucider un diagnostic fort intéressant.

Il s'agit d'un malade qui, deux ans auparavant, avait reçu une balle de revolver dans la région du poignet gauche. Depuis deux ans il souffrait de douleurs qui s'irradiaient dans toute la main; à plusieurs reprises on fit des tentatives de recherches dans le voisinage du point d'entrée de la balle elles furent vaines.

L'épreuve photographique montre avec une netteté admirable que la balle siége dans l'épaisseur de la première phalange du médius où elle était incrustée comme dans du bois ne faisant aucune saillie appréciable, ni à la vue, ni au toucher, de telle sorte que toutes les explorations même les plus minutieuses n'avaient pas permis de retrouver son siége.

Elle avait dû glisser tout le long de la paume de la main au moment du traumatisme pour aller se loger dans la fossette qu'elle s'était creusée dans l'épaisseur de la phalange, d'où elle provoquait encore des douleurs s'irradiant dans toute la main.

M. Jullien. On ne peut rien souhaiter de plus démonstratif que la belle photographie qui vient de nous être soumise, et grâce à laquelle la main du chirurgien va être guidée sûrement. Mais avant que nous eussions connaissance des rayons X, il ne faudrait pas croire que nous fussions absolument désarmés. L'histoire de la recherche des projectiles dans les tissus est une suite de découvertes merveilleuses commençant au stylet de faïence de Nélaton, continuées par le stylet électrique de Trouvé, et vraisemblablement portées à leur apogée par Rœntgen.

J'ai souvenir d'avoir employé l'instrument de Trouvé dans un cas que j'ai relaté jadis à la Société du VIIe arrondissement. Un enfant de dix ans, jouant avec un revolver, s'était logé une balle dans la cuisse. Comme elle semblait perdue dans les chairs, je m'étais borné à faire l'antisepsie de l'orifice d'entrée, mais peu après une hydarthrose du genou, de la douleur et du gonflement du membre m'apprenaient que le plomb exerçait une influence phlogogène. Il fallait agir, et j'avoue que rien ne me guidait pour diriger mes recherches. Le trou d'entrée siégeait sur la face interne de la cuisse, c'est par miracle que le projectile avait épargné la fémorale; mais où s'était-il allé perdre? Je ne le savais guère.

Par bonheur M. Trouvé, l'habile ingénieur électricien,

avait bien voulu m'accompagner, et c'est grâce à lui, grâce à son ingénieux stylet, que j'arrivai à reconnaître le corps métallique logé dans l'épaisseur du condyle fémoral interne. La sonnerie se fit entendre, et je n'eus qu'à inciser les parties molles, tomber sur l'os et l'excaver pour découvrir le plomb solidement encastré dans le tissu spongieux, et non sans peine le dégager pour en pratiquer l'extraction, La chirurgie a de quoi se réjouir en songeant à quel point les choses seraient simplifiées aujourd'hui.

M. Bouloumié admet aussi que le stylet de Trouvé a rendu des services, mais bien souvent il est resté sans effet, dans des cas où la radiographie aurait pleinement réussi ; aussi doit-on adopter la radiographie comme un progrès incontestable.

Utilité du crachoir. — M. Bouloumié, rappelant qu'il est de notoriété publique que la tuberculose se transmet par des crachats, voudrait que l'on commençât, dans toutes les Sociétés médicales, une campagne tendant à l'adoption du crachoir portatif. Il reconnaît que c'est chose difficile, parce que les modèles de crachoirs qui existent à l'heure actuelle ne sont pas pratiques, parce que le crachoir portatif n'est pas et ne pourra pas entrer facilement dans nos usages ; parce que les personnes auxquelles on conseillera d'avoir un tel appareil seront démoralisées par la pensée qu'elles sont tuberculeuses.

M. Abadie. — L'idée que M. Bouloumié cherche à répandre et à vulgariser d'habituer les tuberculeux à cracher dans des crachoirs me paraît tout à fait excellente. Je ne vois pas en quoi il est plus répugnant de cracher dans un crachoir propre et coquet que d'emmaganiser ses crachats dans un mouchoir, où ils se conservent, se dessèchent et deviennent matière virulente nocive et dangereuse pour tous.

Y a-t-il avantage ou inconvénient à avertir un malade qu'il est tuberculeux. Tous ceux qui s'occupent de phtisiologie semblent s'accorder à reconnaître qu'il est préférable à tous les points de vue, et pour le malade lui-même et pour son entourage de lui dire la vérité. Tout malade tuberculeux, en effet, doit être soumis à un régime aérothérapique et alimentaire spécial qui a une importance capitale surtout au début de sa maladie et auquel il ne se résignera que s'il en connaît la nécessité. Il doit en outre être préoccupé de l'obligation qu'il a de ne pas transmettre la maladie autour de lui et de prendre ses précautions en conséquence. Ce n'est qu'en se conformant à ces obligations que sa présence peut être tolérée librement au milieu de ses semblables non contaminés.

Il ne faut pas oublier qu'on ne s'est débarrassé de la lèpre que par les léproseries. Les progrès de la science ont heureusement démontré qu'on pouvait éviter la contagion de la part des phtisiques sans recourir à leur claustration absolue, mais à la condition toutefois de prendre des précautions nécessaires auxquelles ils doivent se soumettre.

A ce propos je dirai que j'ai été fort surpris d'entendre dire récemment du haut de la tribune de l'Académie de médecine qu'il n'était pas encore démontré que la contagion de la phtisie exerçât ses ravages dans les hôpitaux. Je m'étonne que personne ne se soit levé pour protester contre cette assertion dangereuse. Il suffisait pourtant de rappeler entre autres faits l'épidémie si meurtrière rapportée par le Dr Marfan. Dans le local d'une administration où se trouvaient 22 employés, l'un d'eux étant devenu tuberculeux et continuant quand même à vivre, à séjourner, à cracher sur le parquet au milieu de ses camarades, d'autres ne tardèrent pas à être contaminés et dans l'espace de deux ans il y eut, sur ces 22 employés, 14 décès par phtisie. Qu'exige-t-on de plus pour que la démonstration soit complète ; fallait-il attendre qu'ils fussent tous morts ?

Il est tout à fait inconcevable qu'à l'heure actuelle, avec les connaissances précises qu'on possède sur la nature, le traitement et la contagiosité de la phtisie, on laisse les tuberculeux dans les hôpitaux des villes au milieu des autres malades. Il faut de toute nécessité les envoyer dans des sanatoria à la campagne, ce sera plus économique, plus avantageux pour eux et moins dangereux pour leurs voisins. Voilà une réforme capitale à entreprendre et au succès de laquelle tout le monde devrait s'employer.

M. Christian déclare que si l'idée du crachoir portatif est très belle en théorie, il n'en est pas de même en pratique.

Il a vu dans le Tyrol certaine ville où il est défendu de fumer sur la promenade, où les dames ne doivent pas porter de robes traînantes pouvant soulever la poussière ; où l'abri couvert pour la musique est entouré de crachoirs munis d'eau phéniquée. Tout cela est parfait au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie, mais M. Christian avoue que la vue de ces récipients lui a donné, à lui Français, une impression de dégout ; il pense que la mise en pratique du crachoir public et du crachoir portatif individuel est incompatible avec nos mœurs, avec nos habitudes invétérées, avec notre indiscipline traditionnelle. A-t-on jamais autant craché dans les omnibus et dans les bateaux que depuis que c'est défendu par arrêté de la préfecture de police ?

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Brossard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er avril 1896.— Présidence de M. Delens.

Traitement de la tuberculose osseuse. — M. Reynier. Il est parfois fort difficile, lorqu'on se trouve en présence d'une tuberculose osseuse, même à son début, de savoir dans une intervention où l'on doit limiter l'opération.

J'ai déjà parlé du traitement de ces tuberculoses par le salol liquéfié, qui se solidifie dans le foyer tuberculeux.

Si on injecte dans un foyer osseux trépané le salol liquéfié à 40°, celui-ci obturera complètement, absolument la cavité osseuse.

J'ai ainsi opéré 6 malades, pour lesquels j'ai pu obtenir rapidement la guérison, par réunion immédiate en 8 ou 9 jours.

Le salol obturant empêche tout écoulement sanguin, le foyer est aseptique, et le pansement devient sous-cutané parfait.

Dans les deux premiers cas, j'ai eu affaire à une ostéite au niveau de la tubérosité antérieure du tibia; après trépanation avec trépan de Swalbe, j'insérai le salol iodoformé liquéfié et réunis.

La guérison se fit en 8 jours et s'est maintenue.

Le troisième cas était une trépanation du grand trochanter, le quatrième de la diaphyse du fémur.

Enfin, trépanation du grand trochanter qui donna les mêmes résultats grâce au salol iodoformé.

Le sixième cas put être vérifié à l'autopsie 2 ans après. Il s'agissait d'une tuberculose généralisée. Mon intervention avait consisté à évider le tibia, après ablation des fongosités et d'une portion de la peau envahie. Le salol avait été inséré dans le tibia, je fis la réunion par première intention. Deux ans après, la jambe fut amputée et on trouva dans le tibia le salol inséré deux ans auparavant. A son niveau, la lésion tuberculeuse était guérie.

M. Félizet. — Avec quel appareil M. Reynier fait-il ses injections ?

M. Reynier. — Je me contente d'envoyer le salol liquéfié avec une cupule dans laquelle j'ai fait fondre le salol.

M. Félizet. — J'ai cherché à faire pénétrer dans le tissu alvéolaire osseux du liquide et je n'ai jamais pu le faire dépasser 2 ou 3 centimètres, malgré une certaine force, — du moins chez le cadavre d'un sujet sain,— et malgré toutes les précautions prises je n'ai jamais pu répandre le liquide. M. Reynier fait un évidement économique, mais le salol a-t-il une action réelle sur la tuberculose. Il n'est pas une injection interstitielle. Il n'est qu'un séparateur aseptique.

M. Routier. Je crois que M. Reynier a fait ses évidements avec soin et que le salol n'a qu'un rôle inactif, non différemment du plombage d'une dent, du plâtrage de l'os qui a été essayé, ou du pansement par le caillot sanguin qu'a préconisé autrefois Schell.

Traitement des luxations congénitales de la hanche. — M. Broca renouvelle la communication qu'il a faite au Congrès de Bordeaux (manuel opératoire) et à l'Académie de médecine (statistique opératoire) pour défendre la méthode sanglante dans le traitement des luxations congénitales de la hanche.

Imperforation anale. Abouchement vulvaire. Guérison par la transplantation rectale. Procédé de Nélaton père. — Présentation de malade par M. Kirmisson.

Fracture sus-condylienne du fémur, traitée par l'appareil d'Hennequin. — Présentation de deux malades, par M. Berger.

F. Verchère.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Les jurys des concours. — Par un arrêté du 21 mars 1896, pris sur l'avis conforme du Conseil de surveillance et approuvé le 24 du même mois par M. le préfet de la Seine, les §§ 5, 6, 7, 8 et 9 de l'article 106 du règlement sur le service de santé, relatifs au tirage des membres des jurys des concours, ont été remplacés par les dispositions suivantes :

§ 5. — Nul ne peut faire partie du jury de deux concours consécutifs de même ordre, sauf dans le cas exceptionnel énoncé ci-après, § 8.

§ 6. — D'autre part, même s'il ne s'agit pas de concours de même ordre, un membre ayant siégé dans un jury ne peut être de nouveau désigné comme juge qu'après deux années d'intervalle, à dater de la clôture du précédent concours, s'il est médecin, et une année s'il est chirurgien, accoucheur ou pharmacien. Cette règle ne s'appliquera pas, toutefois, aux concours pour la médaille d'or, pour l'adjuvat de l'amphithéâtre d'anatomie, pour les emplois d'internes à l'hospice de Brévannes, enfin pour l'emploi de chirurgien ou de médecin de l'hôpital de Berck, de l'hôpital de Forges, de la Fondation Brézin et autres établissements similaires.

§ 7. — Dans le cas où le nombre des noms restant à mettre dans l'urne, après les éliminations conformes aux règles énoncées aux §§ 5 et 6 ci-dessus, ne serait pas au moins double de celui des membres à désigner, la liste de ces noms serait complétée au moyen des noms écartés en vertu du § 6.

§ 8. — Enfin, dans le cas où, même après cette adjonction, le nombre des noms à mettre dans l'urne serait encore inférieur au double de celui des membres à désigner, on ajouterait à ces noms ceux des membres éliminés en vertu du § 5.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique à Paris. — Ce Conseil, réorganisé par décret du président de la République en date du 28 mars 1896, sera composé comme il suit :

Le préfet de la Seine, président; le préfet de Police; dix membres du Conseil municipal; deux maires ou adjoints; deux administrateurs des bureaux de bienfaisance; un conseiller d'Etat ou un maître des requêtes au Conseil d'Etat; un membre de la Cour de cassation; un médecin des hôpitaux et hospices en exercice; un chirurgien des hôpitaux et hospices en exercice; un médecin accoucheur des hôpitaux en exercice; un médecin du service des secours à domicile en exercice; un professeur de la Faculté de médecine; un membre de la Chambre de commerce; un membre patron et un membre ouvrier des conseils de prud'hommes; neuf membres pris en dehors des catégories indiquées ci-dessus.

Corps de santé militaire. — Le ministre de la guerre a décidé que le laboratoire de chimie des Invalides sera rattaché à la direction du service de santé et portera le nom de laboratoire du comité technique de santé.

D'autre part, la section technique du service de santé est réorganisée par la même décision et composée de la manière suivante :

Le médecin principal Catteau, chef de la section technique, les médecins-majors de 1re classe Longuet, Dzievonski, Mary, Altemaire, le pharmacien-major Maljean et l'officier d'administration adjoint Bertaux.

Membres externes : les médecins-majors Chevassu, Mignon, Lemoine, Reverchon, Bodinier, Lacronique et Ferraton.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 20 mars 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Vigeneaud, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Tournier, Hermand, Gillet, Bottiau, Lozeral, Rouquet, Audrain, Baudriller, Fournier, Champenier, Nicolas, Brasseur, Grandjean, Boissin, Gourichon, Brindel, Raynal, Anderodias, Venot, Perrin, Agier, Goujon, Blanchon, Bonnet, Buquin, Naudin, Cauchard, Ricaud, Bartoli, Breffeit, Gourdet, Schieffer, Bedos et Jay.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du

26 mars 1896, est promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. le docteur Talairach, médecin en chef de la marine, en remplacement de M. le docteur Brassac, retraité.

Médecins inspecteurs des écoles. — Par arrêtés préfectoraux, en date du 18 mars 1896, ayant effet du 1er avril 1896 : M. Marquez (Raphaël-François), docteur en médecine, demeurant rue de la Chapelle, 80, est nommé médecin inspecteur des écoles du 18e arrondissement (5e circonscription), en remplacement de M. le docteur Deschamps ; M. Deschamps, docteur en médecine, demeurant cité Trévise, 5, est nommé médecin-inspecteur des écoles du 18e arrondissement (8e circonscription), en remplacement de M. le docteur Pélaprat. M. Pélaprat, docteur en médecine, demeurant rue Antoinette, 10 bis, est nommé médecin-inspecteur des écoles du 18e arrondissement (9e circonscription), en remplacement de M le docteur Doucet.

Société française d'hygiène. — 1895 et 1896. — Un concours avait été ouvert en 1895, par la Société française d'hygiène, sur la question si importante de :

L'Influence du logement sur la santé des habitants des petites villes et des communes rurales

Le Président de la République avait offert pour ce concours deux magnifiques vases de Sèvres.

Dans sa dernière séance générale, la Société, adoptant les conclusions du rapport de la Commission des prix, a proclamé les noms des lauréats :

Prix du Président de la République : M. G. Baudran, de Beauvais ; médaille d'argent : M. le Dr Luigi Gasparini, de Gazzaniga (Italie) ; médaille de bronze : M. Guillemard, instituteur à Nantoux (Côte-d'Or).

Fidèle à ses traditions de vulgarisation scientifique, la Société française d'Hygiène a ensuite approuvé la mise au concours, pour l'année 1896, de la question suivante :

Le Rôle de l'hygiène au XXe siècle, par l'Instruction et l'Education des masses.

Toute latitude est laissée aux concurrents pour traiter la question au point de vue général ou spécial. La Société affecte à ce concours une médaille d'or, deux médailles d'argent et trois médailles de bronze.

Les mémoires, qui ne devront pas dépasser trente-six pages in-8°, seront remis dans la forme académique, avant le 1er décembre 1896, au siège de la Societé, 30, rue du Dragon, à Paris.

La mortalité à Paris. — La statistique municipale a enregistré, pendant la 13e semaine (du 22 au 28 mars), 951 décès au lieu de 972 pendant la 12e semaine et au lieu de la moyenne 1,155. L'amélioration signalée pendant la dernière semaine se maintient donc.

Les maladies épidémiques continuent à être rares. La fièvre typhoïde a causé 4 décès au lieu de 9 pendant la semaine précédente (et au lieu de 20 moyenne de mars), la rougeole a subi une aggravation : 31 décès au lieu de 13, 14 et 14 pendant les trois dernières semaines (au lieu de la moyenne 19) ; il y a lieu de craindre un retour de l'épidémie de rougeole constatée cet hiver à Paris. Le XIe arrondissement (Popincourt) est le plus atteint (9 décès). La scarlatine 6 décès au lieu de 3 (et au lieu de la moyenne 3), la coqueluche 8 décès au lieu de 5 (et de la moyenne 10), la diphtérie 12 décès au lieu de 6 (et de la moyenne 30) restent à peu près dans les mêmes conditions qu'auparavant. On a signalé 1 décès par grippe. La variole et le typhus n'ont fait aucune victime.

La diarrhée infantile (athrepsie etc...) a causé 29 décès (au-dessous de 1 an) au lieu de 43 pendant la semaine précédente et au lieu de 18 moyenne ordinaire de la saison, la diminution paraît due à l'abaissement de la température.

En outre 20 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 140 décès ; au lieu de 146 pendant la semaine précédente et au lieu de 205 moyenne ordinaire de la saison ; le chiffre se décompose ainsi qu'il suit :

Bronchite aiguë : 22 décès (au lieu de la moyenne : 33) ;

Bronchite chronique : 34 décès (au lieu de la moyenne : 47) ;

Broncho-pneumonie : 47 décès (au lieu de la moyenne : 44) ;

Pneumonie : 37 décès (au lieu de la moyenne : 73) ;

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 41 décès dont 29 sont dus à la congestion pulmonaire ;

La phtisie pulmonaire a causé 206 décès (au lieu de la moyenne 224) ; la méningite tuberculeuse : 26 décès ; la méningite simple : 34 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 22 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral : 60 décès et les maladies organiques du cœur : 41 ; le cancer a fait périr 38 personnes ; enfin 22 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 25 suicides et 13 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 329 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.179 enfants vivants (637 garçons et 542 filles dont 814 légitimes et 365 illégitimes. Parmi ces derniers 62 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 360 enfants, dont 14 seront placés à Paris. Parmi ces enfants 92 seront nourris au sein et 268 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 92 mort-nés dont 60 légitimes et 32 illégitimes.

Nécrologie. — Le Dr Didelot (Léon), agrégé de physique à la Faculté de médecine de Lyon, décédé à l'âge de 45 ans. — Le Dr Teissonnière, de Saint-Hippoiyte-du-Fort (Gard), décédé à l'âge de 59 ans. — Le Dr Sordes (Alfred), avenue Ledru-Rollin à Paris, décédé le 24 mars à l'âge de 53 ans.

VIN AROUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.**

PHTHISIE, BRONCHITE, CATARRHES traités par l'*Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. — **Anémie, chlorose** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie, Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER 1 cuillerée à café au repas

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chanchat